

Programa de Compra de Equipo de Telecomunicaciones (TEPP) SOLICITUD PARA CUPÓN

Dirección de envío y número de Fax abajo. Para preguntas sobre la solicitud o el Programa de Compra de Equipo de Telecomunicaciones TEPP), puede llamar a: (844) 411-3861 Voz, (844) 411-3862 TTY, o email TEPP@Solixinc.com. Puede completar y enviar su solicitud en la página Internet:

http://psc.wi.gov/consumerInfo/assistancePrograms/tepp/ind_tepp.htm

INFORMACIÓN PERSONAL (Anote respuestas en letra de molde.)

Nombre, apellido, inicial solicitante (nombre de soltera si corresponde)

Dirección o dirección rural del solicitante (no casilla de correos)

Apt. No.

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono: () _____ - _____ TTY Voz

Dirección Email:

No. Seguro Social: xxx-xx- _____

Fecha de Nacimiento:

CATEGORÍA DE INCAPACIDAD (MARQUE 1)

- Medio Sordo (Cupón Máximo \$100 sin requerir copago)
 Casi Sordo **o** Sordo (Cupón Máximo \$800)
 Dificultad Habla (Cupón Máximo \$1,600)
 Dificultad moción o movimiento (Cupón Máximo \$1,600)
 Casi Sordo **o** Sordo **y** Mala Visión (Cupón Máximo \$2,500)
 Casi Sordo **o** Sordo **y** Ciego (Cupón Máximo \$7,200)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Número de personas que viven en su casa: _____

*Ingreso anual de familia: \$ _____ (según declaración de impuestos más reciente, incluyendo ingreso de cónyuge o padre/guardián, si corresponde)

*No hay límite de ingreso para TEPP. Información de ingreso se usará para determinar si solicitantes casi sordos o sordos son elegibles para ayuda que pagaría co pago de \$100 (TAP).

¿Ha recibido antes ayuda de:

TEPP?

TAP?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Sí |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No recuerdo | <input type="checkbox"/> No recuerdo |

AUTO CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Yo certifico que tengo una incapacidad en la categoría que marqué arriba que limita y me impide acceso o uso de servicio de telecomunicaciones. El equipo que compraré con este cupón es necesario para tener buen acceso a los servicios de telecomunicaciones.

Yo entiendo que el fraude deliberado o mal uso de este programa resultará en que el Estado de Wisconsin tome acción legal. Yo entiendo que debo hacer un copago de \$100 cuando compre el equipo, a menos que califique para ayuda TAP o que haya marcado la categoría de Casi Sordo.

ESTAS DECLARACIONES SON VERDADERAS Y CORRECTAS EN LA MEDIDA DE MI SABER.

Firma de Solicitante o Firma de Guardián (Marque casilla)

Guardián

Fecha

ENVÍE SOLICITUD A:

WI USF Administrator, c/o Solix, Inc.
30 Lanidex Plaza West, Parsippany, NJ 07054

O ENVÍE SOLICITUD POR FAX A:

USF Fund Administrator, (844) 411-3864

Se autoriza pedir la información solicitada en este formulario para administrar el Universal Service Funds según s. 196.218, Stats., y PSC 160.71, Wis. Adm. Code. La información obtenida se usa para determinar elegibilidad para programas del Universal Service Fund de la Public Service Commission of Wisconsin. Es voluntario completar este formulario; sin embargo, si no provee la información requerida puede resultar en negación de elegibilidad para ayuda bajo estos programas. Información de identificación personal obtenida en este formulario no es probable que se use para propósitos no relacionados con programas de Universal Service Fund. Las solicitudes se procesan en el orden recibido. Los cupones se emiten por orden de llegada, en cumplimiento con las normas que gobiernan el Universal Service Fund. Limitaciones específicas se aplicarán según se identifique en PSC §160.07y 160.071, relacionadas a financiamiento, definición de incapacidad y cantidad del cupón. Los beneficiarios de cupones son responsables de pagar los primeros \$100 del equipo comprado, a menos que califiquen para ayuda TAP o hayan marcado en la Categoría de Medio Sordo. Los beneficiarios de cupones son también responsables de cualquier cantidad adicional que exceda el valor máximo del cupón más el copago.